UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 78

FACULTÉ DE MÉDECINE

PROSTATECTOMIE ET VÉSICULECTOMIE

PAR VOIE COCCY-PÉRINÉALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Juillet 1911

PAR

Maurice LUMBROSO

Né à Tunis, le 14 avril 1882

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : FORGUE, Professeur, *Président.* — ESTOR, Professeur — RICHE, Agrégé — MASSABUAU, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1911

PROSTATECTOMIE ET VÉSICULECTOMIE

PAR VOIE COCCY-PÉRINÉALE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 78

FACULTÉ DE MÉDECINE

PROSTATECTOMIE ET VÉSICULECTOMIE

PAR VOIE COCCY-PÉRINÉALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Juillet 1911

ACAD. LAPID.BAT. BIBL.

PAR

Maurice LUMBROSO

Né à Tunis, le 14 avril 1882

Ancien externe des Hôpitaux de Marseille

Ancien interne des Asiles des Bouches-du-Rhône

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { FORGUE, Professeur, *Président.* ESTOR, Professeur RICHE, Agrégé MASSABUAU, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
—
1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. libre, ch. de c.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE ALEXANDRE LUMBROSO

CHIRURGIEN-DENTISTE

MEIS ET AMICIS

M. LUMBROSO.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-ONCLE

LE BARON DOCTEUR ABRAHAM LUMBROSO

ANCIEN PREMIER MÉDECIN DU BEY DE TUNIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

GRAND OFFICIER DE L'ORDRE DU NICHAM IFTIKHAR

COMMANDEUR DE L'ORDRE DU MEDJIDIÉ

COMMANDEUR DE L'ORDRE DE CHEVALERIE DE SAINT-MARIN

OFFICIER DE L'ORDRE DES S. S. MAURICE ET LAZARE

CONSUL GÉNÉRAL DE LA RÉPUBLIQUE DE SAINT-MARIN A TUNIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, BELLES-LETTRES ET ARTS DE MARSEILLE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, BELLES-LETTRES ET ARTS DU VAR

MEMBRE CORRESPONDANT DES UNIVERSITÉS DE PARIS, LONDRES, TURIN FLORENCE, ROME, BARCELONE, CONSTANTINOPLE, LYON, CHAMBÉRY

Je dédie ce modeste travail.

M. LUMBROSO.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MON JURY DE THÈSE

M. LUMBROSO.

PROSTATECTOMIE ET VÉSICULECTOMIE

PAR VOIE COCCY-PÉRINÉALE

INTRODUCTION

Divers procédés permettent d'arriver jusqu'à la prostate et aux vésicules séminales. Mais chacun de ces procédés ayant ses indications et ses qualités propres a aussi ses inconvénients.

Il nous apparaît que certains de ces défauts peuvent être évités par l'emploi d'une voie particulière permettant sur ces organes un accès plus large et aussi une action plus facile. Nos amis, les docteurs J. et P. Fiolle (de Marseille), qui ont étudié la question et nous ont fourni les éléments de ce travail, sont arrivés à un résultat définitif, semble-t-il, à ce sujet, et c'est par l'emploi de leur méthode d'incision coccy-périnéale que nous voyons possibles et utiles les techniques de prostatectomie et de vésiculectomie que nous allons décrire.

Dans une première partie nous passerons rapidement en revue les voies d'accès sur les vésicules et la prostate,

indiquant quelles sont à notre avis les raisons qui peuvent leur faire préférer la voie coccy-périnéale.

Après cette discussion anatomo-physiologique, nous décrirons la technique générale de la voie d'accès. Deux autres chapitres seront consacrés à la technique particulière de vésiculectomie et prostatectomie.

Les opérations tentées déjà par voie coccy-périnéale, et que nous relaterons dans notre travail à titre d'exemple, nous permettront enfin de terminer par une discussion clinique du procédé.

CHAPITRE PREMIER

DISCUSSION ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES DIVERS PROCÉDÉS DE PROSTATECTOMIE ET DE VÉSICULECTOMIE

Les procédés pour aborder les vésicules et la prostate sont assez nombreux.

Ils peuvent être réduits à trois types :

1° Voie antérieure (hypogastre);

2° Voie inférieure (périnée);

3° Voie postérieure (région sacro-coccygienne).

Nous passerons donc chacune de ces voies en revue, indiquant à mesure les sous-variétés qui en résultent.

I. — Voie antérieure. — Les procédés diffèrent ici suivant l'organe qui doit être abordé, vésicule ou prostate.

Pour la prostate c'est la voie transvésicale qui est

employée (opération de Freyer). Cette opération est trop connue pour que nous insistions ici sur sa technique (Incision hypogastrique, ouverture de la vessie. Incision de la loge prostatique, énucléation au doigt).

Pour les vésicules on a recours à l'opération de Villeneuve : incision de l'anneau inguinal, le canal déférent est suivi jusqu'à son origine, on arrive ainsi sur la base de la vésicule qui est attirée et *arrachée*.

A. — Voie hypogastrique transvésicale (Prostate). — L'opération de Freyer est trop bien réglée pour que nous puissions espérer lui substituer une technique nouvelle. Mais ses indications sont trop restreintes pour en faire une méthode générale, universelle, dirions-nous, de prostatectomie.

Voici, d'après nous, les inconvénients que l'on peut reprocher à cette voie :

1° *Sa difficulté* qui est réelle, surtout dans quelques cas de prostate adhérente se décollant difficilement.

2° *L'absence du contrôle de la vue.* — Cette méthode en effet est *aveugle*, tout se fait à bout de doigt.

3° *L'hémorragie* qui est quelquefois très forte, presque incoercible, nécessitant parfois un tamponnement. Beaucoup de malades sont déjà affaiblis ; il ne faut pas oublier que l'on opère presque toujours dans des circonstances très particulières, chez des vieillards et chez des vieillards en état de moindre résistance, affaiblis par la rétention, les cathétérismes et l'infection. On conçoit très bien, dans ces conditions, l'importance de l'hémorragie.

4° *La difficulté du drainage post-opératoire.* — Les appareils construits en si grand nombre pour le drainage après cystostomie sus-pubienne sont un témoignage de

la difficulté de ce drainage. Et, en effet, comment faire pour drainer comme il convient une vessie en l'abordant par son *point le plus déclive ?* Le problème est difficilement soluble.

5° *Les indications restreintes du procédé.* — La prostatectomie transvésicale est souvent employée, mais plus nombreux encore les cas où elle est rejetée à cause de son insuffisance. Qu'il s'agisse d'un néoplasme prostatique, d'une tuberculose génitale, d'une prostate adhérente, etc., etc., c'est à d'autres procédés qu'il faudra recourir ; car comment enlever par voie transvésicale un segment de rectum, une vésicule tuberculeuse, une prostate adhérente ?

Tous ces inconvénients nous conduisent à la conclusion anatomique suivante, à savoir que la prostatectomie transvésicale bien réglée a ses seules indications dans l'hypertrophie de la prostate lorsque la glande est mobile. Les autres cas relèvent de méthodes différentes.

B. — Voie inguinale (Vésicules séminales). — Le procédé de Villeneuve qui consiste, comme nous l'avons vu plus haut, à aller aborder les vésicules séminales en contournant la vessie, présente aussi, à notre avis, divers inconvénients :

1° *Le peu de jour qu'elle donne sur les vésicules.* — Les réservoirs spermatiques sont situés assez profondément, et même par un large débridement de l'anneau inguinal on n'arrive à les voir qu'imparfaitement. On ne les enlève que par arrachement.

Si donc on a affaire à de la tuberculose génitale, il y a de grandes chances pour ouvrir la poche caséeuse et ensemencer le milieu opératoire.

2° *L'impossibilité d'agir sur les deux vésicules à l'aide d'une seule incision.* — Presque toujours les vésiculectomies sont faites pour tuberculose génitale. Or souvent alors les deux vésicules sont infectées. Il est de plus impossible, par une incision gauche d'enlever une vésicule droite.

Faudra-t-il alors dans ce cas faire une deuxième incision ?

3° *L'impossibilité d'agir sur la prostate.* — La prostate, dans le cas de tuberculose génitale, est souvent lésée. Il convient quelquefois de la curetter, de la cautériser et même de l'enlever. Pourrait-on le faire par voie inguinale ? Non, évidemment.

4° *Le danger d'éventration.* — Pour arriver sur les organes que l'on veut enlever, il faut débrider largement l'anneau inguinal. De plus, le milieu est souvent ensemencé comme nous l'avons vu, d'où suppuration, fistule, et danger d'éventration.

Tous ces inconvénients doivent, à notre avis, faire abandonner la voie inguinale, difficile, insuffisante et dangereuse.

C.— Les autres procédés par voie antérieure, tels que l'opération de Clado, résection pubienne, etc., etc., sont trop peu employés pour que nous fassions ici autre chose que les signaler.

II. — Voie inférieure. — La prostate et la vésicule séminale ont souvent été abordées par leur partie inférieure : prostatectomie périnéale (Proust, Albarran, Gosset, etc...) ; vésiculectomie périnéale (Pauchet, etc...) ; incision latérale du périnée (Soubeyran, etc...).

Nous passerons en revue chacune de ces opérations.

A.— Prostatectomie périnéale.—Ce procédé consiste à faire une incision prérectale, sectionner le plancher pelvien en contournant le bulbe et aborder par sa partie inférieure la prostate. A ce procédé nous croyons que certains reproches peuvent être faits :

1° *La difficulté et le peu de jour qu'il donne dans certains cas sur la prostate.* — Il faut avoir une certaine expérience de la région pour tenter une prostatectomie périnéale. On opère au fond d'un puits profond où suinte abondamment le sang qui empêche de voir ce que l'on fait. Il est des cas où la prostate est très profondément située et où son énucléation devient de ce fait extrêmement difficile.

2° *L'hémorragie*, qui est quelquefois très forte, empêche de voir et peut quelquefois être dangereuse pour les mêmes raisons que nous avons énumérées plus haut.

3° *L'affaiblissement du plancher pelvien* pouvant aboutir, par suite du traumatisme, à des incontinences d'urine.

4° *Certaines conditions anatomiques* que Cunéo a mises en lumière et qui montrent que par voie périnéale on ne peut enlever certaines glandes périprostatiques qui sont l'origine réelle de l'hypertrophie.

5° *La possibilité et la fréquence des fistules* qu'explique la section perpendiculaire à la fibre des muscles.

6° *L'impossibilité d'atteindre par là d'autres organes* tels que le rectum, etc., qui peuvent être lésés. L'opération de Young, qui consiste, dans le cancer de la prostate, à enlever par le périnée la glande avec la portion sous-urétérale de la vessie n'est, à notre avis, qu'une acrobatie chirurgicale.

7° *Les indications restreintes de cette voie.* — Pour les cas faciles, il est préférable d'aborder la prostate par l'hypogastre. Quelques cas relativement difficiles sont justiciables seules de la prostatectomie périnéale. Quant aux exérèses déjà difficiles, elles ne sont déjà plus du ressort de cette voie.

B.— Vésiculectomie périnéale.— Cette opération dont Pauchet s'est fait le plus ardent défenseur nous semble présenter certains inconvénients plus graves encore que pour la prostatectomie. A savoir :

1° *La difficulté.* — Nous disions tout à l'heure que, pour la prostate, la profondeur où il faut agir sur elle est quelquefois très grande. Combien doit-il être plus difficile encore d'aborder les vésicules séminales *dont la base est à quatre ou cinq centimètres plus haut que le point de la prostate le plus élevé.* Toute opération, pour être pratique, doit d'après nous être avant tout facile et ne pas rester le périlleux apanage de quelques virtuoses du bistouri.

2° *Les troubles sphinctériens*, de même nature que ceux que nous avons déjà signalés plus haut, les fistules, etc.

3° *L'impossibilité d'atteindre les canaux déférents.* — Lorsqu'on pratique une vésiculectomie, comme c'est le cas le plus fréquent pour tuberculose génitale, il est presque toujours indiqué de faire en même temps l'ablation du canal déférent. Si par la voie périnéale on peut admettre que l'arrachement des vésicules est possible, il n'en est pas de même pour le canal déférent.

4° *L'hémorragie* qui doit être assez abondante, étant donné l'impossibilité de lier les vésico-génitales. En somme, nous pensons que cette voie difficile, inefficace

et dangereuse, doit être abandonnée pour ce qui concerne la vésiculectomie.

C. — Incisions périnéales latéro-anales. — Cette incision, qui consiste à sectionner les tissus d'arrière en avant sur un des côtés de l'anus de façon à pénétrer par là jusqu'à la prostate, est aujourd'hui à peu près abandonnée et une récente discussion à la Société de chirurgie a montré le peu de services qu'elle pouvait rendre. Nous ne nous étendrons donc pas davantage sur ce sujet.

III. — Voie postérieure. — Toutes les voies d'accès que nous venons de passer en revue sont donc insuffisantes, difficiles et dangereuses. Il reste donc à voir si en abordant par derrière la prostate et les vésicules nous ne pourrions pas arriver à une conclusion anatomique.

Cette technique est-elle possible, est-elle facile? Nous allons voir quels sont les procédés, quel est le meilleur.

a) Une voie postérieure est-elle possible?

Anatomiquement nous le pouvons ; ayant réséqué une partie du sacrum, nous passerons à travers un ligament sacro-sciatique, nous ferons une section médiane du coccyx et du sacrum. Réclinons le rectum après avoir ouvert la paroi pelvienne, cela nous sera facile, en dilacérant facilement tout le tissu celluleux très lâche qui entoure cet organe. Celui-ci étant toujours dévié à droite, il est indiqué de passer à gauche. Après ce temps opératoire l'aponévrose prostato-périnéale de Denonvilliers nous séparera de la paroi vésicule et des organes y attenant (uretère, vésicules, prostate). Une sonde cannelée dilacère

facilement cette aponévrose et nous tombons dans l'espace prérectal. La voie postérieure est donc possible.

b) Quelle est l'incision postérieure a préférer ?

Plusieurs techniques se présentent, comme nous l'avons vu, qui ont comme caractère particulier l'accès par voie postérieure. Examinons-les et pesons leurs qualités et leurs défauts :

1° *Voie sacrée.*— Elle exige un délabrement considérable (résection du sacrum inférieur, etc.) ; elle est difficile ; elle prédispose aux hémorragies souvent abondantes et quelquefois incoercibles ; le rectum sous-jacent est privé de cette portion rigide qui lui fait son soutien ; les nerfs sacrés sont sectionnés ; elle est trop haute.

D'ailleurs les expériences sur le cadavre nous démontrent qu'il n'est pas indispensable de faire une résection sacrée inutile, dangereuse, pour arriver sur cet espace prérectal.

2° *Section médiane du sacrum et du coccyx.* — Nous ne nous attarderons pas à discuter combien cette voie est d'une valeur négative.

3° *Voie parasacrée.* — Voici les résultats que nous a donnés cette voie. En rasant les bords du sacrum et du coccyx, on arrive à pratiquer une brèche au fond de laquelle on voit les organes prérectaux. Mais cette voie donne peu de jour, les lèvres de la plaie ne peuvent être écartées, car d'un côté le sacrum, l'ischio-iléon de l'autre, nous brident complètement ; en outre, les nerfs sacrés correspondants sont sectionnés ; puis c'est trop haut. Tous ces inconvénients nous ont conduit avec J. et P. Fiolle à une technique facile, croyons-nous, et qui donnera un large jour sur les organes prérectaux. Elle aura l'avantage énorme de ne procurer aucun trou-

ble physiologique, de n'être la cause d'aucune lésion importante.

4° *Voie coccy-périnéale.*— Voici le principe : Une incision curviligne suivra le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique et désarticulera le coccyx. On pourrait aussi, pour la production d'un vaste lambeau inférieur, faire une incision d'un ischion à l'autre. Cependant nos recherches nous ont démontré que l'on avait autant de jour si l'on arrête la section des tissus à un ou deux centimètres du coccyx.

De quel côté faire cette incision? L'ouverture devra être *à gauche* puisque le rectum est dévié à droite. Donc, la conclusion, anatomiquement, doit être celle-ci : *Incision curviligne partant de l'ischion gauche, suivant le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique gauche, désinsérant le coccyx et allant se terminer à deux centimètres à droite de cet os.* Pendant les temps opératoires, sectionner le releveur, l'ischio-coccygien, quelques fibres du grand fessier, l'aponévrose périnéale profonde, les ligaments sacro-coccygiens, quelques rameaux vasculaires venus des sacrées latérales, des hémorroïdales inférieures et quelques filets nerveux venus du nerf anal.

Des observations qui suivront montreront que l'on peut reconstituer le plancher pelvien détruit en partie ; en outre, aucun malade n'a présenté de troubles sphinctériens dus à la section du nerf anal. D'ailleurs Morestin a montré depuis longtemps déjà que la section du nerf anal d'un seul côté n'entraînait aucun désordre de ce genre.

Nous n'insisterons pas sur le peu de danger d'hémorragie ; le peu d'importance des vaisseaux sectionnés pendant l'intervention est une garantie de l'innocuité de cette section.

CHAPITRE II

TECHNIQUE GÉNÉRALE. — OBSERVATIONS

Il est indispensable d'avoir large accès sur les vésicules et la prostate. Aussi est-il indiqué de vider complètement le rectum par de grandes entéroclyses et une abondante purgation (eau de Sedlitz, 200 grammes) ; le matin de l'opération, seconde entéroclyse aussi abondante.

A. — Opération. — Le malade doit être couché sur le flanc droit, le membre inférieur droit bien en extension ; fléchir la cuisse gauche sur le bassin, et la jambe gauche fléchie sur la cuisse. Combien d'aides ? Autant que possible ; deux aides sont nécessaires, l'un d'eux se tenant avec l'opérateur du côté du dos, le second leur faisant face, c'est-à-dire du côté du ventre. Nous n'insisterons pas sur l'asepsie et l'antisepsie de la région, lavages au savon, alcool, éther, sublimé, etc., qui sont du ressort de la chirurgie courante.

a) *Incision de la peau.*

Nous prendrons comme point de repère l'articulation sacro-coccygienne et la tubérosité de l'ischion gauche. Une incision curviligne partira de la face interne de l'ischion gauche, suivra le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique, passera au niveau de l'articulation sacro-coccygienne et s'arrêtera exactement à deux centimètres à droite de cette articulation.

b) *Parties profondes* (*Incision*).

Toujours selon le même tracé, cette incision se fera de gauche à droite. On sectionnera ainsi quelques fibres du grand fessier, le releveur de l'anus et l'ischio-coccygien du côté gauche. A ce moment, sectionner les ligaments sacro-coccygiens postérieurs par la continuation de l'incision à droite. Puis, appuyant sur le sommet du coccyx avec l'index gauche, on en fait saillir la base.

Sectionner les ligaments antérieurs et latéraux; à ce moment, pincer et lier les terminaisons des sacrées latérales, puis continuer l'incision de deux centimètres environ, à droite. On touche alors l'aponévrose périnéale profonde, qu'on incise en partant de gauche; avec l'index gauche, on pourra reconnaître alors les parties profondes et on guidera sur ce doigt le bistouri.

On voit après cette incision un espace celluleux limité en haut par le péritoine, en bas et sur les côtés par le plancher pelvien, en avant par la vessie chez l'homme ou le vagin chez la femme. En outre, dans cet espace celluleux se trouvent tous les organes que voudrait atteindre l'action chirurgicale : le rectum, les vaisseaux hémorroïdaux moyens, les vaisseaux vésico-génitaux, et enfin les canaux déférents, la vésicule séminale et la prostate.

c) *Recherche et découverte des organes.*— L'opérateur

a le rectum sous les yeux ; il n'en est pas de même des autres organes tels que la vessie, la prostate, etc., qui sont séparés par le tissu celluleux de la région, par le rectum lui-même.

Pour arriver sur tous les organes, il suffira de dilacérer avec le doigt ce tissu lâche sur son bord gauche. Pour ce qui est de l'aponévrose de Denonvilliers, les docteurs J. et P. Fiolle, pas plus que nous-même, ne l'avons jamais rencontrée.

Tout ceci fait, placer une valve sur le lambeau inférieur coccy-périnéal, et faire récliner le rectum à droite. On a alors un large accès sur tous les organes, une plaie absolument circulaire, et toute intervention sur les organes prérectaux deviendra aisée.

d) *Suture.* — La suture de pareille plaie opératoire est chose simple ; des points profonds en U, au catgut, prendront les aponévroses et les muscles.

D'autres points, également en U, rapprocheront le coccyx et le sacrum ; enfin, suture cutanée ordinaire aux crins de Florence. Nous ajouterons qu'il ne faut pas oublier de drainer par un gros drain en caoutchouc à l'angle gauche de la plaie.

B. — Pansement. — Gazes, gros tampons d'ouate pour combler les creux, application d'un bandage en T et d'un spica postérieur bien serré.

Soins post-opératoires. — Nous n'insisterons pas sur ce paragraphe ; mentionnons seulement qu'outre les soins habituels nécessaires à tout opéré, le malade devra être couché dans le décubitus latéral. De l'extrait thébaïque lui sera administré pendant quelques jours ; l'opium sera suivi à ce moment-là d'un purgatif. Enle-

ver le drain après 18 heures ; faire lever le malade très précocement.

A noter qu'il n'y a aucun trouble sphinctérien à craindre, comme nous l'avons d'ailleurs remarqué nous-même.

Ces soins devront évidemment être modifiés lorsque cette plaie devra servir d'écoulement à l'urine, comme dans le cas de prostatectomie ; nous indiquerons plus loin les soins post-opératoires particuliers à ce cas.

Nous avons pensé qu'il convenait de résumer ici trois observations de voie coccy-périnéale qui ne se rapportent ni à la prostatectomie ni à la vésiculectomie, mais dont l'étude nous sera directement utile au point de vue de la discussion clinique du procédé.

Observation I

(Très résumée)

(Due à l'obligeance de notre ami le docteur J. Fiolle, de Marseille)

Collection du Douglas, colpotomie. — Cicatrice enserrant le rectum. — Laparotomie exploratrice. — Anus iliaque d'urgence. — Anastomose recto-sigmoïde par voie coccy-périnéale. — Guérison.

V. M., 38 ans, Hôtel-Dieu, salle Cazaulx, n° 20.

Le début de la maladie remonte à huit mois, d'après la malade. Celle-ci nourrit pendant 23 mois, après le dernier accouchement. Un mois après la cessation de l'allaitement, la malade est prise, au mois de juin, de

coliques, douleurs, arrêt des matières fécales. Le 12 juillet, incision du cul-de-sac postérieur par le docteur Poucel. Légère amélioration passagère.

Entre le 7 septembre 1910 dans le service de M. le docteur Roux de Brignoles en état d'occlusion chronique.

Le 16 septembre, dans la nuit, le docteur J. Fiolle pratique d'urgence une laparotomie exploratrice et découvre une cicatrice dans le Douglas enserrant le rectum et inextirpable. Il referme, pratique un anus iliaque. L'état redevient bon.

Le 9 novembre, incision coccy-périnéale (Dr J. Fiolle), Recherche et ouverture du Douglas. L'anse sigmoïde est attirée par l'orifice, très difficilement à cause de la sténose cicatricielle d'un côté et de l'anus iliaque de l'autre. Abouchement latéro-latéral à la soie de cette anse au rectum. Drain. Réfection de la paroi.

Suites opératoires. — Le drain est enlevé après 18 heures. 4 jours après, fistule stercorale, tandis que le reste de la plaie est cicatrisé. L'anus iliaque se ferme petit à petit, la fistule au bout de 2 mois. Guérison absolue.

Observation II

(Résumée)

(Due à l'obligeance du docteur Jean Fiolle)

Prolapsus utérin. — Voie coccy-périnéale. — Injection. — Septicémie. Escarres multiples. — Mort par infection.

M. A..., 43 ans, salle Cazaulx, n° 14. Hôtel-Dieu.

Antécédents. — Règles durent quinze jours chaque

fois, 5 enfants (l'aîné a 24 ans). Le dernier à 4 ans était énorme. Accouchements eutociques.

Le début du prolapsus remonte à 11 ans. Cystocèle et abaissement du col. Mais, depuis 3 ans, il y a aggravation brusque. A l'examen, il y a cystocèle, l'utérus est à mi-cuisse. Une vaste ulcération siège sur la lèvre antérieure du col. La malade accuse de vives douleurs au bas-ventre et aux reins. L'état général est mauvais : la malade est dans un état d'amaigrissement intense. Déchéance physique très accentuée.

Le docteur Jean Fiolle l'opère le 6 février dernier par la voie coccy-périnéale. Le vagin est libéré ; colporraphie postérieure à la soie. Vaginopexie. Un point sur les releveurs. La plaie est refermée sans drainage.

2 jours après, la température est élevée ; on fait sauter les fils, suppuration, les tissus sont noirâtres, d'aspect gangréneux. Pansements antiseptiques (H^2O^2, baume du Commandeur), escarre sacrée, escarre trochantérienne. La malade succombe à l'infection.

Observation III

(Due à l'obligeance de notre maître M. le professeur Delanglade)

Collection tubaire ou rétro-utérine (?) — Colpotomie. — Drainage insuffisant. Incision par voie coccy-périnéale et drainage. — Guérison.

M^me^ C..., 40 ans environ. Pas d'antécédents génitaux notables. Au mois de juillet, la malade est prise de vives douleurs pendant la défécation. Au toucher, cul-de-sac postérieur douloureux et tuméfié. Température très éle-

vée. M. le professeur Delanglade pratique, le 14 juillet, une colpotomie. La température ne baisse pas, le drainage se fait mal et le mauvais état général amène M. Delanglade à pratiquer une seconde intervention.

Incision coccy-périnéale, recherche de la collection qui est ouverte et largement drainée. On trouve des lésions d'ostéite au rectum et du pus ayant fusé autour du rectum, venant sans doute du Douglas et ayant perforé le péritoine. Un drain fait communiquer le vagin et la plaie extérieure en passant par le foyer.

Suites opératoires.— Très longues, mais l'état général devient peu à peu normal, la plaie vaginale se ferme. La suppuration tarit au bout de 2 mois 1/2. La malade est aujourd'hui parfaitement guérie et se porte bien.

CHAPITRE III

VÉSICULECTOMIE COCCY-PÉRINÉALE

Technique

Les soins pré-opératoires sont ceux de l'incision coccy-périnéale ordinaire.

A. — Opération. — Malade, comme d'ordinaire, en décubitus latéral droit.

1er temps. — Incision coccy-périnéale : le rectum est récliné.

2e temps. — Après avoir écarté le rectum, on se trouve en face d'un espace celluleux formant le fond de la cavité produite par l'incision. Il faut alors dilacérer à la sonde cannelée sur la ligne médiane ce tissu celluleux, formant la plus grande partie de la pseudo-aponévrose de Denonvilliers. Cette dilacération doit être amorcée par la partie inférieure de l'espace. On arrive ainsi à avoir devant les yeux la partie postérieure de la vessie avec, en bas, la prostate et, plus haut, de chaque côté,

une saillie formée par les vésicules séminales et le canal déférent. Ces organes, se rapprochant à leur partie inférieure, forment un angle ouvert en haut.

3e temps. — De chaque côté des vésicules nageant dans le tissu celluleux; les vaisseaux vésiculo-déférentiels, branches des vésico-génitales, arrivent à l'organe. On les reconnaît, on les pince, on les sectionne et on les lie. De cette façon, l'opération doit être faite sans aucune hémorragie.

4e temps.— On pratique alors la dénudation des vésicules et des déférents. Pour cela, la sonde cannelée dilacère le tissu fibro-celluleux leur formant une sorte de loge; on voit alors apparaître les deux organes, blanchâtres, allongés, d'aspect caractéristique. Cette dénudation doit être poussée jusqu'à la base des vésicules, c'est-à-dire jusqu'au-dessous du péritoine. Si l'on veut faire une déférentectomie, on isole le déférent.

On peut arriver ainsi, en contournant la vessie, à le suivre presque jusqu'au voisinage du canal inguinal. Là, une ligature est jetée sur lui et le déférent est coupé au thermo.

5e temps. — Il reste encore à libérer la face antérieure de la vésicule et du déférent à leur partie inférieure. On y arrive facilement avec l'aide de la sonde cannelée. Les organes ne sont donc plus retenus que par leur attache inférieure. Une ligature est alors placée et l'excision est faite au thermo.

6e temps. — Un drain est placé autour duquel les débris celluleux sont ramenés par une suture en bourres à vastes points.

7e temps. — La suture de la paroi est faite comme il est indiqué plus haut, en ménageant au drain un orifice à la partie gauche de l'incision.

8e temps. — S'il y a des lésions épididymaires, la déférento-épididymectomie est faite, ou même la castration s'il y a lieu. Le déférent est poursuivi jusque dans l'anneau inguinal (sans débridement de ce dernier) et on arrive ainsi à extraire très facilement le segment qui en avait été laissé.

B. — Suites post opératoires. — Elles ne présentent rien de particulier. Le drain est enlevé après 48 heures. Lever précoce. Cette opération a été pratiquée par notre ami le docteur Paul Fiolle. Voici l'observation de ce cas tel qu'il nous est communiqué :

Observation IV

(Due à l'obligeance de notre ami le docteur Paul Fiolle)

Cowpérite tuberculeuse curettée. — Ostéite du calcanéum gauche, tuberculose génitale. — Ablation du testicule gauche et de l'épididyme droit. — *Vésiculectomie par voie coccy-périnéale.* — Guérison de la tuberculose génitale. — Mort par méningite bacillaire dix mois après.

P... F..., 30 ans, service de M. le professeur Delanglade, salle Moulaud, n° 14.

C'est un sujet malingre, profondément anémié. Il a eu dans le jeune âge une péritonite, très probablement bacillaire, et un épanchement pleural droit. Il y a deux ans, il a eu une fièvre typhoïde à la suite de laquelle son état général est resté mauvais.

Au mois de juin 1909, il a présenté un abcès du périnée que l'on incise le 22 juillet ; l'incision intéressa la paroi urétrale, et depuis, le malade urine par le périnée.

Le thermomètre oscille entre 36°4 et 39°5. Le malade continue à maigrir. Quelques semaines plus tard, il fait une poussée d'ostéite calcanéenne qui aboutit à la production d'une fistule (nous avons curetté plus tard le calcanéum).

Le 20 janvier 1910, des clapiers se forment au périnée. On incise et on ouvre une nouvelle collection, due probablement à l'infection de l'autre glande de Cowper ; la température reste normale jusqu'en février ; à ce moment les oscillations thermiques reparaissent, cependant que le testicule gauche se tuméfie et enfin se fistulise. Du côté droit, l'épididyme se tuméfie.

L'état général est très mauvais ; le malade, qui est au lit depuis près d'un an, est extrêmement amaigri, son teint est terreux, mais M. le professeur Laget et le docteur Terras, à qui nous demandons de l'examiner, ne trouvent rien aux poumons. Les urines sont troubles et contiennent de l'albumine.

Le toucher rectal montrait que la prostate était indemne, mais au-dessus d'elle, au niveau de la vésicule gauche, on sentait une tuméfaction, que l'on attribua à une vésiculite.

Le 31 mai, nous opérons cet homme, non dans l'espoir de le guérir, mais de l'améliorer.

Dans un premier temps, nous faisons l'incision coccy-périnéale. Le rectum récliné à droite, nous cherchons la vésicule gauche, que nous nous attendons à trouver très volumineuse.

Elle est au contraire extrêmement petite, et, à cause de son exiguïté même, *nous n'arrivons pas à l'enlever correctement et autrement que par lambeaux ;* elle paraît d'ailleurs *saine*. Au-dessous d'elle, on retrouve la même sensation de corps dur qu'en faisant le toucher rectal ;

il s'agit probablement de péricystite. C'est ce noyau induré qui a provoqué l'erreur de diagnostic.

Après avoir drainé et suturé la plaie, nous enlevons dans un second temps le testicule gauche et l'épididyme droit.

Cette opération a été mal conduite, parce que c'était la première fois que nous la pratiquions sur le vivant. Mais elle a permis de constater que notre technique donnait un large et facile accès sur les organes à atteindre.

Les suites, d'ailleurs, furent excellentes. La température descend à 37°. Assez rapidement, la plaie coccy-périnéale se ferme. Le malade engraisse, son appétit revient ; enfin il se lève après un an de lit.

Les urines restent toujours troubles cependant ; à la fin de l'année 1910, on devait faire une cystoscopie. Mais, brusquement, le malade est pris de vomissements et de céphalée, et succombe en quelques jours d'une méningite tuberculeuse.

Il ne nous a pas été possible de l'autopsier.

CHAPITRE IV

PROSTATECTOMIE COCCY-PÉRINÉALE

Technique

Soins pré-opératoires. — Sans nous étendre sur ce paragraphe, nous ne ferons que redire que, comme pour toute intervention, le malade sera largement purgé ; en outre, comme dans les autres procédés de prostatectomie (périnéale ou transvésicale), il est indispensable d'administrer de l'urotropine afin de prévenir ou calmer les phénomènes d'infection inhérents à la rétention. On pourrait, si l'on préfère, administrer d'autres désinfectants urinaires et installer la sonde à demeure.

Technique. — Le malade est dans la position que nous avons indiquée, c'est-à-dire de l'incision coccy-périnéale. Le chirurgien, au lieu de se trouver face avec le tronc et à la tête du malade, se tient au contraire face aux membres inférieurs ; cela se comprend facilement du moment qu'il s'agit de la prostate, car celle-ci se trouvera en bas de l'espace découvert par voie coccy-périnéale ;

le contraire serait préférable pour atteindre le Douglas situé en haut. Asepsie et lavage de la vessie par des solutions au nitrate d'argent à 1/500.

1er temps. — Incision coccy-périnéale telle que nous l'avons décrite plus haut. Le lambeau inférieur est rabattu ; une valve le retient en bas.

2e temps. — Nous nous répétons pour l'indication des divers temps opératoires : comme nous l'avons dit plus haut, dilacérer avec l'index la partie gauche de l'atmosphère celluleuse prérectale. On isole ainsi le rectum. Pendant ce temps opératoire, il faut faire attention aux sensations que l'on a sous les doigts de deux cordons au milieu de ce tissu celluleux lâche : c'est la région vasculaire comprenant les artères et veines hémorroïdales moyennes et vésico-génitales. Ces vaisseaux, surtout à la partie supérieure de l'incision, suivent un chemin parallèle et sont fusionnés en un vaisseau unique ; il faudra les disséquer. A la partie inférieure, ils se séparent : lier à ce moment-là les vaisseaux prostatiques.

Cette ligature, assez facile, a un avantage exceptionnel, elle se pratique avant toute hémorragie, et la chose est extrêmement appréciable chez des vieillards plus ou moins cachectisés et affaiblis par la rétention et l'infection urineuse. Donc, il est nécessaire et indispensable de lier les vaisseaux prostatiques de chaque côté ; cela en outre nous débarrassera des pinces.

3e temps. — Pincer la paroi postérieure de la paroi prostatique ; celle-ci est ensuite ouverte au niveau sur la ligne médiane et fendue dans toute sa hauteur. Il est naturellement indispensable d'arriver au plan de clivage séparant la loge de la glande ; cela est facile, et facilitera le temps suivant.

4e temps. — Pincer les bords de l'incision limitant

la loge ; introduire les ciseaux courbes fermés (ou la sonde cannelée si l'on préfère) entre le feuillet postérieur de la loge et la glande, décoller l'organe sur ses faces postérieure et latérale. La prostate reste donc fixée, en avant par ses connexions avec les parois de sa loge, en haut par ses attaches vésicales, en bas par l'urètre membraneux.

5e temps. — Saisir la prostate par sa face postérieure à l'aide d'une pince de Museux, soulever la glande en haut. L'opérateur a ainsi sous les yeux l'urètre membraneux : il faut isoler celui-ci, déterminer le point de sa pénétration dans le tissu prostatique. A ce moment, le sectionner au ras de l'organe. De cette façon, on évitera de sectionner trop bas l'urètre et le sphincter membraneux, et de s'exposer ainsi à l'incontinence d'urine.

La prostate en ce moment n'est plus retenue que par ses faces antérieure et supérieure.

6e temps. - Saisir la glande par sa face inférieure avec une pince de Museux ; la faire basculer en arrière. Décoller avec le doigt la prostate en avant.

7e temps. — A ce moment, sous le contrôle de la vue d'ailleurs, il ne nous reste plus qu'à couper les attaches vésicales qui tiennent encore l'organe.

8e temps. — Sur le cadavre, nous avons essayé avec succès de rapprocher par des points de suture les sections urétrale et vésicale. Mais nous croyons qu'il est préférable de pratiquer la technique suivante : Introduire un drain dans la vessie ; ce drain sort par l'angle gauche de l'incision près de l'ischion. Autour de lui, par un point en bourse, on rassemble le reste de la loge prostatique et de la tranche vésicale ; par ce moyen, on

assurera le plus possible l'étanchéité du réservoir vésical. Placer un drain dans le tissu celluleux périrectal.

9e temps. — Suture pariétale, comme nous l'avons dit. Suturer à la peau les drains qui sortent, comme nous le disions plus haut, par l'angle gauche de l'incision. Laver la vessie sous faible pression en introduisant une sonde molle par le drain de Freyer ; y injecter un liquide antiseptique (du nitrate d'argent au 1/100, par exemple), le liquide ressortira par le gros drain.

Pansement. — Au tube de Freyer on raccorde, au moyen d'un tube de verre, un caoutchouc qui recueillera l'urine et conduira ce liquide jusqu'à un réservoir placé en contre-bas.

L'urine doit s'écouler par là entièrement, sauf naturellement si la suture de la loge n'a pas été bien faite. Le pansement, de cette façon, ne sera pas souillé. Gazes, coton, tampons sous le périnée pour combler les espaces morts, bandage en T compressif, auquel on fera un trou pour laisser passer le tube collecteur de liquides.

Soins post-opératoires. — Deux fois par jour, au moins, grands lavages de la vessie au nitrate d'argent à 1/1000. La technique des lavages a été faite plus haut, nous n'y reviendrons pas. Le malade sera couché sur le côté gauche : cette position favorisera d'une façon parfaite le drainage, car l'urine s'écoulera sans stagnation dans la vessie au fur et à mesure de son arrivée.

Si le malade est infecté, on pourra faire de l'irrigation continue. Pour cela, introduire par l'urètre, jusqu'à proximité de la loge prostatique, une sonde molle par laquelle on introduira le liquide antiseptique à qui on aura donné la préférence ; le liquide ressortira par le drain de Freyer.

Au bout d'une semaine, à peu près, enlever le drain de Freyer, le remplacer par un drain plus mince n'allant pas jusqu'à la vessie ; installer à demeure une sonde de Bazy nos 20 ou 22. Lavages le plus fréquemment possible.

Ne retirer complètement les drains que lorsque l'urine ne passera qu'en petite quantité par la plaie. Enlever la sonde lorsque la plaie sera presque complètement cicatrisée. Cela est variable entre 15 et 30 jours après l'opération.

Après cela, pendant 30 jours au moins, ne pas négliger de faire au malade des lavages journaliers au nitrate.

Détails accessoires. — Quelquefois, le malade affaibli, en état de moindre résistance à l'infection, infecté même, cette infection peut remonter par les déférents et déterminer ainsi une orchi-épididymite grave. Que faire en ce cas? Ne pas hésiter ; nous croyons qu'il y aurait lieu de découvrir de chaque côté, pendant l'opération, les déférents, de les extirper sur une longueur de 2 à 3 centimètres et enfin de les lier à leur origine. De cette façon, toute infection ascendante sera évitée.

Maintenant, si l'on a affaire à un cancer de la prostate, séparer la prostate de sa loge est chose illusoire et inutile. Au point de vue opératoire, comme au point de vue thérapeutique, ce n'est ni aisé, ni profitable.

Aussi, ne pas craindre d'enlever le tout en bloc avec le tissu celluleux avoisinant ; enlever aussi, s'il le faut, une portion d'urètre membraneux ainsi que les attaches vésicales de la prostate, les vésicules et la portion terminale du déférent. Aurait-on, grâce à cette large intervention, quelques chances de guérison? En tout cas, on pourra l'espérer.

CHAPITRE V

DISCUSSION CLINIQUE. — INDICATIONS

Nous n'avons pu apporter ici qu'une observation de vésiculectomie ; nous ne pouvons donc, à ce point de vue particulier, pas plus d'ailleurs qu'au point de vue de la prostatectomie, nous montrer catégorique à outrance en notre discussion clinique. Mais l'étude de cette observation et des trois autres que nous avons résumées plus plus haut, pour nous en servir ici, montre assez catégoriquement quelques points et permet de répondre à certaines objections.

L'opération de la vésiculectomie est la première en date. Elle venait au moment où les docteurs J. et P. Fiolle ne possédaient pas encore aussi bien qu'aujourd'hui leur technique. L'opération ne fut donc pas conduite comme elle aurait dû l'être et comme elle le serait sans doute à cette heure.

De plus, une erreur de diagnostic avait été faite, les vésicules étaient très petites. L'ablation fut incorrectement pratiquée. Toutefois, au cours de l'intervention,

on put se rendre compte qu'avec une expérience plus grande leur abord serait très facile, et que la vésiculectomie pouvait devenir une opération courante au même titre qu'une taille vésicale, une ablation du sein, etc.

L'étude de la malheureuse observation de prolapsus génital pourrait faire penser que l'espace celluleux prérectal est facilement infectable et que son infection peut produire des septicémies graves. Mais plusieurs faits militent contre cette crainte. En effet, dans les observations de collection de Douglas et d'anastomose recto-sigmoïde signalées plus haut, cet espace a été souillé par du pus ou des matières fécales. Or rien de grave ne s'est produit. Pourquoi ces différences dans l'évolution post-opératoire? Tout d'abord, la malade du prolapsus était dans un état de déchéance physique très prononcé. Les tissus, comme souvent chez ces malades, étaient très mal nourris et devaient donc devenir plus facilement un excellent terrain d'infection. D'autre part, chez cette opérée seule, le drainage n'avait pas été fait. Or nous avons toujours constaté l'écoulement par la plaie d'une sorte de liquide huileux, jaunâtre et clair. Il faut absolument livrer passage à ces liquides, d'autant que l'infection, par une sorte d'osmose à travers les parois rectales éraillées, est, d'après nous, très possible. Je pense donc qu'avec *un drainage bien compris* on doit éviter l'infection.

On pourrait craindre des *troubles sphinctériens* à la suite de la section du nerf anal, du releveur et de l'ischio-coccygien. *Il n'en est rien.* Aucun de nos malades ne s'est plaint. Il n'y a pas eu aussi d'*affaiblissement du plancher périnéal* chez aucun des trois malades qui ont survécu à l'intervention.

Par conséquent, rien à craindre de ce côté. Cette tech-

nique est donc d'après nous facile, ne présente pas de dangers particuliers.

L'expérience clinique est naturellement restreinte. Comme pour toute opération nouvelle, à elle de justifier ou d'infirmer nos conclusions.

Toutefois, nous pensons que jusqu'à présent aucun argument irréfutable ne peut être élevé contre la méthode, et nous espérons que l'avenir nous donnera raison.

Voici quelles sont d'après nous les indications de la voie coccy-périnéale, en ce qui concerne vésicules et prostate : elles sont, croyons-nous, la conséquence de ce qui précède.

A. — Indications de la prostatectomie coccy-périnéale. — En général, la prostate doit être abordée par voie coccy-périnéale lorsque les autres techniques sont insuffisantes, impossibles ou dangereuses. Il est évident qu'il est certains cas, et en grand nombre, où la prostate doit être enlevée par l'hypogastre ou le périnée ; la technique en est bien réglée, on doit s'y tenir. Mais nombre d'autres cas ne ressortent plus de ces voies ; je citerai :

a) *Le cancer de la prostate.* — L'épithélioma de la prostate, qui envoie quelquefois des prolongements vers les autres organes, le rectum par exemple ou la vessie, est une bonne indication de voie coccy-périnéale. On pourra ainsi enlever en même temps que la glande un segment de rectum, une portion infiltrée de vessie, etc., etc..., ce que l'on ne pourrait faire autrement.

b) *Les prostates adhérentes.* — Dans la simple hypertrophie, il est quelquefois impossible d'enlever de petites prostates adhérentes autour desquelles le doigt ne peut

trouver un point de clivage; c'est là, croyons-nous, une nouvelle indication.

c) *La tuberculose génitale.* — Quelquefois la prostate participe au processus tuberculeux génital. Si l'on opère, il faut donc tout enlever. On ne peut guère le faire qu'avec la technique décrite.

d) *Chez les malades affaiblis où une hémorragie serait fatale*, il convient d'opérer par voie coccy-périnéale qui seule permet *une hémostase préventive et sûre*, et c'est là, croyons-nous, un grand avantage.

e) *Les difficultés opératoires quelles qu'elles soient*, par une autre voie, sont une indication de l'opération de J.-P. Fiolle, qui permet une action plus large et plus facile.

B. — Indications de la vésiculectomie coccy-périnéale. — Nous croyons que, mieux encore que la prostatectomie, la vésiculectomie coccy-périnéale est une opération pratique, facile, à indications très étendues. Nous pensons en effet que l'on doit la pratiquer à l'exclusion des autres méthodes moins efficaces, plus difficiles, plus dangereuses. Les indications principales sont :

a) *La tuberculose génitale* avec ou sans déférentectomie. C'est là, croyons-nous, une des meilleures indications, car souvent c'est à ce niveau que prend naissance le processus morbide.

b) *Tumeurs des vésicules*, que ce soient des épithéliomas ou des papillomes qui ont pu produire des hématuries formidables.

c) *Les vésiculites chroniques* gonococciques ou autres.

d) *Les périvésiculites* souvent entretenues par l'infection du réservoir spermatique, etc.

CONCLUSIONS

1° La voie coccy-périnéale est facile, ne présente pas de dangers particuliers.

2° Elle permet un large accès sur la prostate et les vésicules séminales.

3° Par voie coccy-périnéale, on peut enlever vésicules et prostate. L'opération est *très facile* dans les deux cas. Elle permet *d'aborder en même temps d'autres organes atteints par le processus morbide* que combat l'opérateur. Elle supprime *toute hémorragie* pendant et après l'intervention.

4° Les techniques de prostatectomie et de vésiculectomie coccy-périnéales augmentent notablement le nombre des interventions possibles sur les deux organes, qu'il s'agisse d'un cancer prostatique, d'une prostate adhérente, d'une tuberculose vésiculaire, d'une vésiculite, etc., etc.

A CONSULTER :

Fiolle (Paul). — Chirurgie des organes génitaux profonds de l'homme abordés par une voie coccygienne (Marseille Médical, juillet 1910).

— La voie coccy-périnéale (technique) (Thèse de Montpellier, 1911).

— La voie coccy-périnéale (Rapport au Comité médical des Bouches-du-Rhône).

Fiolle (Jean et Paul). — Anastomose recto-sigmoïde par voie coccy-périnéale (Communication à la Société de chirurgie. Paris, 1911).

Fiolle (J. et P.) et Zwiern (D.). — La voie d'accès coccy-périnéale (Lyon Chirurgical, mai 1911).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 1er juillet 1911.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 1er juillet 1911.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!